

Problem i bäckenbottenmuskulaturen i samband med graviditet och förlossning

– en kvalitativ studie över hälsovårdarens roll ur ett fysioterapeutiskt perspektiv

Monika Lövsund

Examensarbete

Fysioterapi

2011

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Fysioterapi
Identifikationsnummer:	3182
Författare:	Monika Lövsund
Arbetets namn:	Problem i bäckenbottenmuskulaturen i samband med graviditet och förlossning – en kvalitativ studie över hälsovårdarens roll ur ett fysioterapeutiskt perspektiv
Handledare (Arcada):	Hannele Sievers
Uppdragsgivare:	FysioSporttis
<p>Bäckenbottenmuskulaturen utsätts för påfrestning under graviditet och förlossning. Till följd av detta kan olika problem uppstå, såsom urininkontinens. Med hjälp av bäckenbottenmuskulträning kan man behandla många av dessa problem eller förhindra deras uppkomst. Ifall en person har svårt att hitta och aktivera rätt muskler eller behöver mera stöd till träningen kan en fysioterapeut hjälpa till. Under graviditeten träffar kvinnan en hälsovårdare på mödrarådgivningen flera gånger. Naturligt sett är hälsovårdaren den första vårdkontakten när en kvinna får problem med bäckenbottenmuskulaturen och vill söka hjälp. Syftet med det här arbetet är att ta reda på hurdan kunskap hälsovårdarna har om bäckenbotten och hur de sedan handleder kvinnorna när det kommer fram att de har problem relaterat till den. Ett annat syfte är att ta reda på hur hälsovårdarna upplever att samarbetet fungerar med de andra yrkesgrupperna inom vården som en kvinna kan komma i kontakt med under graviditeten. Studien gjordes som en kvalitativ forskning där sju hälsovårdare från olika kommuner har intervjuats. En intervjuguide användes för att se till att de viktigaste frågorna kom med. Innehållsanalys valdes som analysmetod för intervjuerna. I resultatet framkom att hälsovårdarnas kunskaper och rutiner för de här frågorna varierar en del. De flesta har åtminstone grundläggande kunskaper om bäckenbottenmuskulproblemet och deras behandling. Den vanligaste typen av vård och handledning som hälsovårdarna erbjöd var uppmaning till bäckenbottenmuskulträning och utdelande av broschyrer. De flesta av hälsovårdarna upplevde att samarbetet med de andra yrkesgrupperna fungerar tillfredsställande. Detta arbete är ett beställningsarbete från fysioterapiföretaget FysioSporttis. FysioSporttis kan använda sig av resultaten för att planera kommande utbildningar för hälsovårdare.</p>	
Nyckelord:	Bäckenbotten, inkontinens, graviditet, förlossning, fysioterapi, hälsovårdare, FysioSporttis
Sidantal:	50
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	11.05.2011

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Physical therapy
Identification number:	3182
Author:	Monika Lövsund
Title:	Problem i bäckenbottenmuskulaturen i samband med graviditet och förlossning – en kvalitativ studie över hälsovårdarens roll ur ett fysioterapeutiskt perspektiv
Supervisor (Arcada):	Hannele Sievers
Commissioned by:	FysioSporttis
<p>The pelvic floor is subject to stress during pregnancy and delivery. Certain problems, like urinary incontinence, can arise because of this. Many of these problems can be treated or prevented through pelvic floor muscle training. A physical therapist can help if a person is finding it difficult to locate and activate the correct muscles or needs more support with the training. The pregnant woman is seeing a public health nurse several times in the maternity health clinic. Naturally the public health nurse is the first contact for a woman who is experiencing problems with the pelvic floor and wants to seek help. The aim of this study is to learn what kind of knowledge about the pelvic floor the public health nurses have and how they instruct the women once a problem related to it has been expressed. Another aim is to find out how the public health nurses experience the collaboration with other health care professionals that a woman may be involved with during her pregnancy. The study was made as a qualitative research where seven public health nurses from different communities were interviewed. An interview guide was used to make sure that the most important questions were included. Content analysis was chosen as the method of analyzing the interviews. The results reveal that the knowledge and the routines for this subject of the public health nurses vary somewhat. Most of them have at least fundamental knowledge about the pelvic floor muscle problems and their treatment. The most common type of care and instructions the public health nurses provided was promotion of pelvic floor exercises and handing out brochures. The majority of the public health nurses experienced the collaboration with the other professionals as satisfying. This work was commissioned by FysioSporttis, a physical therapy company. FysioSporttis can use the results from this study for the planning of coming schoolings for public health nurses.</p>	
Keywords:	Pelvic floor, incontinence, pregnancy, delivery, physical therapy, public health nurse, FysioSporttis
Number of pages:	50
Language:	Swedish
Date of acceptance:	11.05.2011

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Fysioterapia
Tunnistenumero:	3182
Tekijä:	Monika Lövsund
Työn nimi:	Problem i bäckenbottenmuskulaturen i samband med graviditet och förlossning – en kvalitativ studie över hälsovårdarens roll ur ett fysioterapeutiskt perspektiv
Työn ohjaaja (Arcada):	Hannele Sievers
Toimeksiantaja:	FysioSporttis
<p>Lantionpohjan lihaksistoon kohdistuu raskauden ja synnytyksen aikana raskautta. Erilaiset ongelmat, kuten virtsainkontinenssi, voi saada alkunsa tämän seurauksena. Lantionpohjanlihasharjoitusten avulla voidaan hoitaa monia näistä ongelmista, tai estää niiden syntyminen. Jos jollakulla on vaikeuksia löytää ja aktivoida oikeita lihaksia, tai jos hän tarvitsee enemmän tukea harjoitteluun, voi fysioterapeutti auttaa. Raskaana oleva nainen tapaa terveydenhoitajan äitiysneuvolassa useamman kerran. Kun naisilla esiintyy ongelmia lantionpohjan lihaksistoon liittyen ja hän haluaa etsiä apua ongelmiinsa, terveydenhoitaja on luonnollisesti ensimmäinen hoitokontakti naiselle. Tämän työn tavoite on selvittää minkälaisia tietoja lantionpohjasta terveydenhoitajilla on ja miten he ohjeistavat naisia kun sellaisia ongelmia esiintyy. Toinen tavoite on selvittää miten terveydenhoitajat kokevat yhteistyön muiden ammattiryhmien kanssa, joiden kanssa raskaana oleva nainen voi myös olla yhteydessä. Tutkielma toteutettiin kvalitatiivisen tutkimuksen muodossa, jossa haastateltiin seitsemää terveydenhoitajaa eri kunnista. Haastattelurunko oli käytössä varmistaakseen että tärkeimmät kysymykset otettiin mukaan. Haastatteluiden analyysimenetelmäksi valittiin sisältöanalyysi. Tuloksesta ilmeni että terveydenhoitajien tiedot ja rutiinit näissä kysymyksissä vaihtelevat jonkin verran. Suurimmalla osalla heistä on ainakin perustavanlaatuisia tietoja lantionpohjan lihaksiston ongelmista ja niiden hoidosta. Terveydenhoitajien yleisin tarjoama hoito ja ohjaus olivat lantionpohjanlihasharjoitteluun kehottaminen ja esitteiden jakaminen. Terveydenhoitajista suurin osa koki yhteistyön toimivan tyydyttävästi muiden ammattiryhmien kanssa. Tämä opinnäytetyö on tilannut fysioterapiapalveluja tuottava FysioSporttis. FysioSporttis voi käyttää tuloksia terveydenhoitajille tarkoitettujen koulutuksien suunnittelua varten.</p>	
Avainsanat:	Lantionpohja, inkontinenssi, raskaus, synnytys, fysioterapia, terveydenhoitaja, FysioSporttis
Sivumäärä:	50
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	11.05.2011

INNEHÅLL

1 INLEDNING	8
2 INTRODUKTION TILL STUDIEN	9
3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	10
4 DEFINITIONER	11
5 BAKGRUND	11
5.1 Bäckebottnens anatomi och funktion	11
5.1.1 Anatomiöversikt	11
5.1.2 Bäckebottnens muskulatur	12
5.1.3 Urinering	14
5.1.4 Bäckebottnens betydelse för kontroll över urinering	15
5.2 Gravitet och förlossning	16
5.2.1 Gravitetens och förlossningens inverkan på bäckenbotten	16
5.2.2 Mödrarådgivning	17
5.3 Urininkontinens	17
5.3.1 Typer av inkontinens	17
5.3.2 Behandling av inkontinens	18
6 TIDIGARE FORSKNING	20
7 METOD	24
7.1 Kvantitativ och kvalitativ design	24
7.2 Genomförande av undersökningen	25
7.3 Analysmetoder	26
7.4 Etiska betänkanden	27
8 RESULTAT	28
8.1 Erfarenheter och kunskaper om bäckenbottenmuskulaturen	29
8.2 Vård, råd och förebyggande rådgivning	31
8.3 Tankar om vårdkedjan	32
8.4 Övriga teman	33

9 DISKUSSION	34
9.1 Resultatdiskussion	34
9.2 Kritisk metoddiskussion	38
9.3 Avslutande reflektioner	40
KÄLLOR	42

FIGURER

<i>Figur 1. Diaphragma pelvis och landmärken sett underifrån (egen bild).....</i>	<i>13</i>
<i>Figur 2. Diaphragma urogenitale sett underifrån (egen bild).....</i>	<i>14</i>

BILAGOR

Följebrev till intervjun (svenska)	Bilaga 1
Följebrev till intervjun (finska)	Bilaga 2
Intervjuguide	Bilaga 3
Utkast till enkätundersökning	Bilaga 4

FÖRORD

Att skriva det här examensarbetet har varit en ganska lång process. Den färdiga, synliga texten har jag förstås åstadkommit själv, men flera människor har också bidragit med hjälp på vägen, och de förtjänar att uppmärksammas här.

Jag vill tacka min handledare Hannele Sievers för råd och stöd genom den här processen. Också Heidi Lonka och Anu Parantainen på FysioSporttis får ett tack för idéer, material och goda råd. Tack till Martina Back för översättningshjälp. Tack till familj och vänner som fungerat som bollplank och uppmuntrat och hejat på mig under hela examensarbetets gång.

Och slutligen, ett stort tack till de hälsovårdare som ställt upp och delat med sig av både erfarenheter och tid. Utan er värdefulla insats hade det här examensarbetet inte haft mycket resultat att prata om.

1 INLEDNING

Problem i bäckenbottenmuskulaturen kan drabba nästan vem som helst. I alla åldersgrupper och hos båda könen förekommer besvär. Klart överrepresenterade är två befolkningsgrupper när det gäller förekomsten av dessa problem; åldringar samt kvinnor som genomgår eller har genomgått en eller flera graviditeter. Kvinnor som inte fått barn löper betydligt lägre risk att drabbas av exempelvis inkontinens. (Käypä Hoito 2006) Det mest handgripliga problemet är inkontinens, både urin och analinkontinens förekommer, men också smärta och prolaps är vanliga symtom.

Oförmåga att hålla tätt upplever många drabbade som skamligt. Man undviker att prata om problemet, man kanske börjar dra sig för att utöva intressen och man kanske till och med isolerar sig från socialt umgänge, bara för att man är rädd för att någon ska märka att man har problem med urinläckage. Detta kan i sin tur leda till depression. Kort sagt så är inkontinens ett problem som kan påverka livskvaliteten negativt. (Hakkarainen et al. 2009:17-18; Laycock et al. 2003:13)

Första gången jag konkret kom i kontakt med begreppet inkontinens inom fysioterapi var på mitt andra praktikfält hösten 2009 på Stengårds sjukhus. Jag gjorde tillsammans med min handledare ett hembesök hos en äldre kvinna vars egenvårdare ville att vi skulle komma och lära ut bäckenbottenmuskelträning och andra tips för att lindra kvinnans inkontinens. Förhoppningen var att den äldre kvinnan skulle klara av att hinna till toaletten i tid och på samma gång hjälpa Helsingfors stad att spara in på blöjutdelningen, vilket är ett aktuellt ämne inom staden just nu (Helsingin kaupunki terveyslautakunta 2010). Upplevelsen var positiv för mig. Även fast detta ämne berör något som för de flesta ännu anses vara tabu, så var både fysioterapeuten, klienten och hennes egenvårdare mycket motiverade och öppna för nya tankar.

När jag fick höra om att FysioSporttis ville att någon skulle skriva ett slutarbete om inkontinens i samarbete med företaget, så kände jag att jag ville göra det, för mitt intresse är väckt och jag vill lära mig mer om detta.

2 INTRODUKTION TILL STUDIEN

Inkontinens och andra störningar i bäckenbottenmuskulaturen så som smärtor och framfall är något som många kvinnor upplever i något skede under graviditet eller efter förlossning (Mørkved & Bø 1999). Innan förlossningen träffar den gravida kvinnan hälsovårdare på mödrarådgivningen ett femtontal gånger, beroende på kvinnans behov (Helsingfors stad 2010). Man kan anta att för en kvinna som drabbats av någon typ av bäckenbottenrelaterade problem i samband med graviditeten, så är hälsovårdaren den naturliga första kontakten som hon kan vända sig till för att få hjälp.

Detta examensarbete är ett beställningsarbete från fysioterapiföretaget FysioSporttis. På FysioSporttis har man lång erfarenhet av att jobba med kvinnor som har bäckenbottenproblem. Man upplever att det finns ett behov av att förbättra samarbetet mellan hälsovårdare och fysioterapeuter. Som det ser ut i dag så finns det nog fysioterapeuter som har färdigheter att hjälpa kvinnor som lider av problem i bäckenbotten, men kvinnorna känner inte alla gånger till att de kan få hjälp från fysioterapi.

På FysioSporttis hoppas kunna förbättra vården genom ett utbildningspaket för hälsovårdarna. Syftet är att hälsovårdarna från utbildningen ska få mer kunskap om bäckenbotten, dess funktion, förändringar i samband med graviditet och förlossning samt vilka problem som kan uppstå. Man vill också berätta om vad fysioterapi kan göra för de kvinnor som lider av problem i bäckenbotten. Förhoppningen är att hälsovårdarna sedan ska kunna ställa rätt frågor och ge bra råd, samt att i större mån än tidigare styra klienter vidare till fysioterapi. Detta skulle gynna både klient, hälsovårdare och fysioterapeut.

Idén med detta examensarbete är att få reda på hur hälsovårdarna själva ser på situationen. Denna information kommer FysioSporttis sedan ha nytta av när projektet körs igång.

Hakkarainen et al. (2009) har i sitt examensarbete undersökt inkontinensens inverkan på livskvaliteten samt hur patienterna upplevt besök hos hälsovårdare. Deras metod var att skicka enkäter samt intervjua patienter som varit i kontakt med hälsovårdare och som har eller har haft urininkontinens. I enkätundersökningen deltog 54 kvinnor och till

intervjuerna rekryterades tre. En stor del av de som deltagit upplevde att inkontinensen hade en negativ inverkan på deras livskvalitet. I de flesta fallen hade kvinnorna själva tagit upp inkontinensfrågorna hos vårdpersonalen, men det upplevdes ändå av de flesta som ganska lätt att prata om när problemen väl kom fram. Många av de som svarat upplevde någon form av depression till följd av inkontinensen. Författarna drar slutsatsen att hälsovårdarna har färdigheter att handleda patienterna i dessa frågor, men att vissa saker kunde de ännu bli bättre på, som t.ex. användande av blanketter samt handledning av bäckenbottenmuskelträning.

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med det här arbetet är att utreda ett eventuellt behov av skolning för hälsovårdare på mödrarådgivningarna. Jag vill ta reda på hur blivande och nyblivna mammor på rådgivningarna erbjuds vård för eventuella problem med bäckenbottenmuskulaturen. Undersökningen görs som en kvalitativ studie, metoden är intervjuer. Genom intervjuerna vill jag få reda på hur hälsovårdarna upplever sin kunskapsnivå om bäckenbottenmuskulaturens betydelse och vilken typ av rådgivning och vård de erbjuder de klienter som har problem med dessa muskler.

Jag vill genom min undersökning få svar på följande frågor:

1. Vad har hälsovårdarna för kunskaper om bäckenbottenmuskulaturen och om dess betydelse?
2. Hur ger hälsovårdarna hjälp/råd åt de klienter som har problem med bäckenbottenmuskulaturen?
3. Hur upplever hälsovårdarna att vårdkedjan fungerar?

4 DEFINITIONER

Vårdkedja – med detta begrepp menar jag här nätverket av olika yrkesgrupper som en klient är i kontakt med rörande samma tillstånd.

Bäckenbottenmuskelpproblem – här avses de funktionsstörningar och problem som kan uppstå i bäckenbottenmuskulaturen under graviditet och förlossning; urin- eller avföringsinkontinens, prolaps, smärta samt sexuella dysfunktioner.

5 BAKGRUND

I bakgrunden behandlas bäckenbottens anatomi och funktioner, uriner och urininkontinens, graviditet och förlossning och deras inverkan på bäckenbotten. Bakgrunden innefattar också en forskningsöversikt som rör graviditet och inkontinens.

Jag har valt att avgränsa bakgrundsdelens så att den främst är fokuserad på urininkontinens. Annars skulle bakgrunden bli mycket mer omfattande än vad den redan är. Nu blir också kapitlet om tidigare forskning mer sammanhängande och överskådligt. Urininkontinens är ett bäckenbottenproblem som man ofta kan stöta på som fysioterapeut. Man bör för den sakens skull inte glömma bort att också den som lider av avföringsinkontinens, prolaps eller smärtor i underlivet kan ha möjlighet att få hjälp av fysioterapi.

5.1 Bäckenbottens anatomi och funktion

5.1.1 Anatomiöversikt

Bäckenbotten utgörs av muskler vars uppgift är att bära upp organen i lilla bäckenet. Musklerna utgör golvet i bukhålan som både ska se till att allt är slutet, men samtidigt slappna av när det behövs för att tillåta passage genom de olika öppningarna. Bäckenbottenmuskulaturen är fäst i bäckenringen. (Bojsen-Møller 2000:153-155)

Bäckenet består av tre sammansatta ben; två höftben och korsbenet. Dessa ben bildar tillsammans en ringformad struktur. Höftbenet kan delas in i tre delar: tarmbenet (os

ilium), sittbenet (*os ischii*) och blygdbenet (*os pubis*). Bäckens leder utgörs av sacroiliaca leden mellan höftbenet och korsbenet baktill samt *pubis symphysis* mellan de båda *os pubis* framtill. Bäckenet är en mycket stabil struktur som i normala fall tillåter mycket begränsad rörelse. (Bojsen-Møller 2000:237-241) Bäckenhålan, eller det utrymme som bildas inom bäckenringen, kan ytterligare delas in i stora och lilla bäckenet. Den iliopectineala linjen på insidan av bäckenet bildar en öppning som avgränsar de båda delarna. Det lilla bäckenet ligger kaudalt om denna linje. (Calais-Germain 2003:18-21)

Bäckenbotten innerveras främst av *n. pudentus* som utlöper från kotorna S2-S4. Genom nerven förmedlas både somatiska, sympatiska och parasympatiska impulser. Nerven har både sensoriska och motoriska banor. Den somatiska delen gör att vi har viljemässig kontroll över tvärstrimmiga muskler, såsom musklerna i *m. levator ani*. De autonoma fibrerna innerverar å sin sida glatta muskler i exempelvis urinblåsans vägg och sfinktermuskeln kring urinrörets mynning. (Carrière & Feldt 2006:11-15)

De organ som ligger i bäckenhålan är hos en kvinna urinblåsan, livmodern och ändtarmen räknat framifrån och bakåt. Utifrån dessa organ går rör som passerar bäckenbotten; urinröret, vagina samt analkanalen respektive. (Carrière & Feldt 2006:1,8)

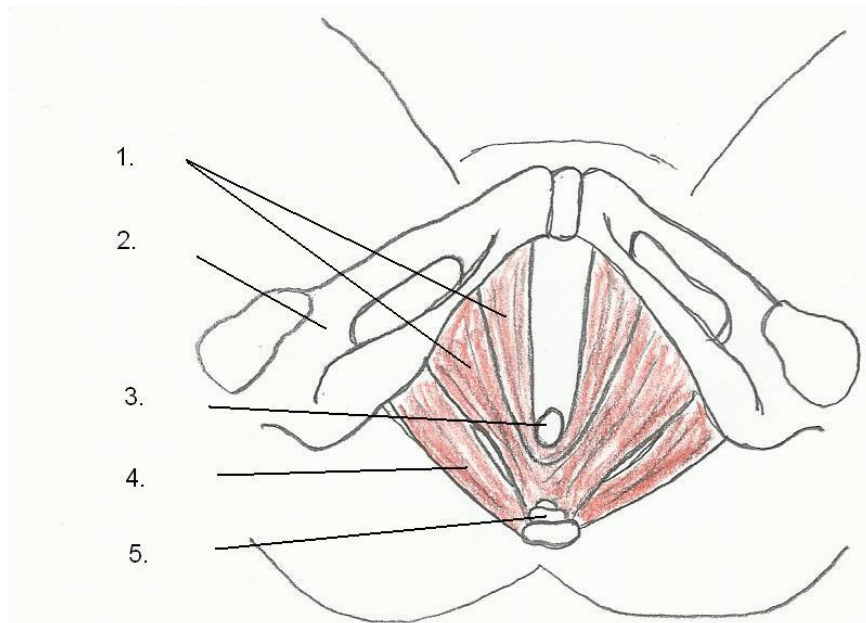
5.1.2 Bäckensbottens muskulatur

Det förekommer viss diskrepans mellan olika källor om hur bäckenbottenmuskulaturen delas in. I stort beskrivs samma muskler, men olika författare placerar musklerna i olika grupper. Jag har valt att följa den indelning som beskrivs i Carrière & Feldt 2006.

Bäckenbotten består av två lager av muskulatur, ett ytligt och ett djupt. Det djupare lagret, *diaphragma pelvis*, utgörs av större och kraftigare muskler än den ytliga delen, *diaphragma urogenitale*. (Heittola 1996:13-14)

Diaphragma pelvis består av flera muskelbukar; *m. ischiococcygeus* samt *m. levator ani* som ytterligare kan delas in i *m. pubococcygeus*, *m. iliococcygeus* och *m. puborectalis*. *M. ischiococcygeus* är den muskel som ligger mest dorsalt i denna muskelgrupp. Den har sitt ursprung från *spina ischiadica* på sittbenet och *lig. sacrospinale* och fäster lateralt på korsbenet. (Carrière & Feldt 2006:3-5) Både *m. pubococcygeus* och *m.*

ileococcygeus har sina fästen på svansbenet. *M. pubococcygeus* har sitt ursprung från blygdbenets *ramus superior* medan *m. ileococcygeus* kommer från sittbenets *spina ischiadica*. (Heittola 1996:14-15) *M. puborectalis* har sitt ursprung på blygdbenet och bildar sedan en länk som går bakom ändtarmen, den fäster alltså inte i ben (Carrière & Feldt 2006:5).

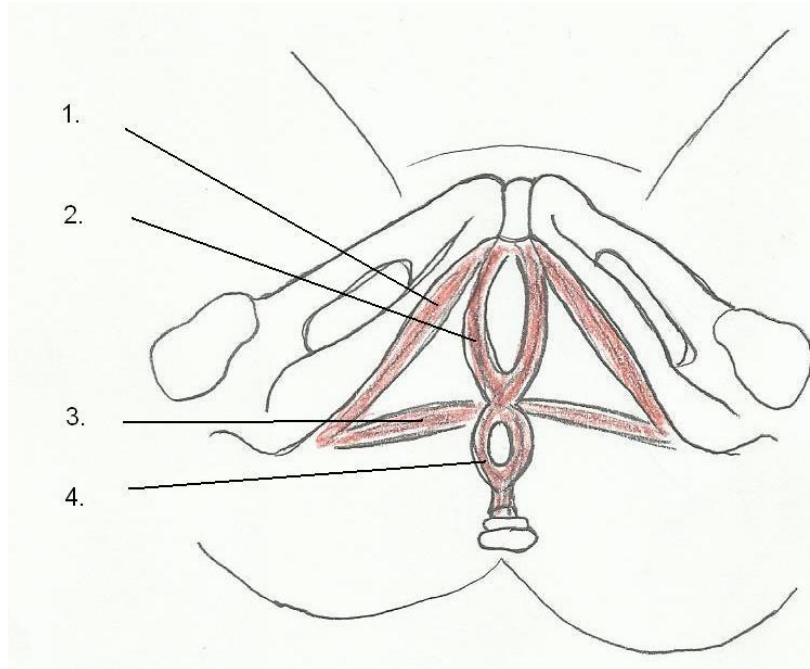


Figur 1. Diaphragma pelvis och landmärken sett underifrån: 1. *m. levator ani*, 2. bäckenet, 3. ändtarmen, 4. *m. ischiococcygeus* och 5. svanskotan. (Bildkälla Calais-Germain 2003:39, Carrière & Feldt 2006:4)

M. levator ani bildar bäckenbottens muskelvägg lateralt och dorsalt. Medialt och ventralt uppstår mellan muskelbukarna ett mellanrum som kallas levatorspalten. Genom denna spalt går urinröret samt hos kvinnan även vagina. (Bojsen-Møller 2000:154) Muskelgruppens funktion är att bära upp organen och öppna och sluta till ändtarmsöppningen (Calais-Germain 2003:35,39).

Det yttligare muskelskiktet, *diaphragma urogenitale*, utgörs av smala muskelbukar, *m. sphincter ani externus* och *m. bulbospongiosus*, som bildar en åtta runt analöppningen och urogenitalöppningen. De båda cirklarna i åttan möts i perineum. Till *diaphragma urogenitale* hör också *m. ischiocavernosus* som löper längs *rami ossis pubis* på båda sidorna, samt *mm. transversus perinei profundus et superficialis* som har sina ursprung på sittbensknölarna och sedan möts i perineum. Det har dock diskuterats ifall *m.*

transversus perinei profundus alls förekommer i den kvinnliga bäckenbotten. Den del av urogenitalöppningen som inte täpps till av muskler är uppbyggd av bindväv. (Calais-Germain 2003:36, Carrière & Feldt 2006:6, Heittola 1996:18-19)



Figur 2. *Diaphragma urogenitale* sett underifrån: 1. *m. ischiocavernosus*, 2. *m. bulbospongiosus*, 3. *mm. transversus perinei profundus et superficialis* och 4. *m. sphincter ani externus* (Bildkälla Calais-Germain 2003:36-37, Carrière & Feldt 2006:7)

5.1.3 Urinering

I njurarna filtreras och reabsorberas vätska. Den vätska som blir över utsöndras som urin genom sekretion. Urinen innehåller avfallsämnen som kroppen behöver bli av med. Från njurarna avleds urin till urinblåsan via urinledarna. I urinblåsan lagras urinen tills blåsan blir tillräckligt full och urinen töms ut genom urinröret. Urinblåsans vägg består av glatt muskulatur, detrusormuskeln. När detrusormuskeln kontraherar blir trycket i urinblåsan så stort att urinen pressas ut. Där urinröret passerar genom *diaphragma urogenitale* finns en slutarmuskel, *m. sphincter urethrae*. Denna tvärstrimmiga muskel är delvis under viljemässig kontroll. (Heittola 1996:22-23; Sand et. al 2007:455, 474-475)

Urineringsprocessen är en komplicerad process som styrs via reflexbågar från ryggmärgen. I urinblåsans vägg sitter receptorer som känner av urinblåsans fyllnadsgrad. När urinblåsan fylls tänjs detrusormuskeln ut, och det är denna sträckning som orsakar retningar i receptorerna. Sensoriska impulser går då till ryggmärgens urineringscentrum, varifrån sedan parasympatiska impulser går tillbaka till urinblåsan. Vid tillräckligt mycket stimulering kontraherar detrusormuskeln. Då urinen till följd av detta pressas mot urinröret hämmar somatiska nervfibrer slutarmuskelns aktivitet så den slappnar av så att urinen kan passera ut. (Heittola 1996:24-25; Sand et. al 2007:475-477)

Trots att urineringsprocessen är reflektorisk kan den ändå styras viljeälsigt. Detta görs genom att man endera medvetet ignorerar signalerna som säger att urinblåsan är full och därmed hindrar urineringsreflexen, eller så tvingar man urineringsprocessen att starta fastän blåsan inte är full. De här funktionerna styrs från hjärnbarken. I lekåldern lär sig barnet att kontrollera urineringsprocessen så att den styrs viljemässigt och således begränsas till situationer då det är lämpligt att urinera. (Heittola 1996: 25)

5.1.4 Bäckensbottenens betydelse för kontroll över urineringsprocessen

Även andra faktorer än urinblåsans fyllnadsgrad och tömningsreflexer påverkar människans förmåga att hålla urin (kontinens). Bukhålets tryck ökar i sin tur på trycket i urinblåsan, och ifall inte urinrörets och slutarmuskelns eget tryck överstiger det från bukhålet så kan urinen läcka ut. I stående ställning inverkar enbart tyngdkraften på urinblåsan så att trycket ökar. Trycket i bukhålet växer när vi hostar eller nyser, samt när magmuskulaturen och diafragma kontraherar. Även fysisk ansträngning så som hopp och löpning åstadkommer ett ökat tryck i urinblåsan. Vid dessa tillfällen av ökat tryck så behövs mer än enbart slutarmuskelns kontraktion för att kontinensen ska bibehållas. När trycket plötsligt växer hjälper aktiverade bäckenbottenmuskler till med att hålla urinöppningen stängd genom att de pressar mot urinröret. Särskilt *m. levator ani* har en betydande roll i dessa situationer. (Calais-Germain 2003:76-77; Heittola 1996:24,26)

5.2 Graviditet och förlossning

5.2.1 Graviditetens och förlossningens inverkan på bäckenbotten

Graviditeten räcker hos människan ca 40 veckor. När graviditeten här nått sitt slut väger fostret i medeltal 3 ½ kg och mäter ungefär 50 cm. Fostret växer inuti kvinnans livmoder. I normala fall är livmodern bara stor som ett hönsägg, men mot slutet av graviditeten sträcker den sig ända upp till revbenen. Den växande livmodern kräver allt mera utrymme i kroppen. Utrymmesbristen i lilla bäckenet leder till ett ökat tryck på urinblåsan, och den gravida kvinnan upplever att hon behöver urinera oftare än innan graviditeten. (Weström et al 1997:23,36,40)

Under graviditeten förändras den hormonella utsöndringen i kroppen. Utsöndringen av progesteron ökar, i bäckenbotten märks detta genom att muskeltonus sjunker till följd av det. Det här är en delorsak till att urinläckage är vanliga under graviditeten. Den förändrade hormonnivån i kroppen håller i sig också under amningen. (Heittola 1996:33)

Vid förlossningen utsätts bäckenbottenmuskulaturen för stora påfrestningar. Barnet skall rymmas ut genom vagina, och ifall inte bäckenbottenmuskulaturen är tillräckligt uttänjd eller om barnet är stort så finns det risk för rupturer eller nervskador. I vissa fall kan man bli tvungen att utföra en episiotomi, man gör ett snitt i perineum för att förstora öppningen och undvika att musklerna rivs av okontrollerat. En vanlig följd av att muskler tagit skada under förlossningen är urin eller avföringsinkontinens. Faktorer som ökar denna risk är t.ex. ett förlängt aktivt krystningsskede, en väldigt snabb förlossning och användning av sugklocka. Det finns goda skäl för en väntande kvinna att träna bäckenbottenmusklerna redan under graviditeten. Stärkta muskler kan förhindra urinläckage, och man kan också ha hjälp av muskelträningen sedan under förlossningen. (Armanto & Koistinen 2007:56; Calais-Germain 2003:88; Heittola 1996:44)

Lukacz et al (2006) rapporterar i sin undersökning om att störningar i bäckenbotten är mycket vanligare bland kvinnor som fött barn vaginalt. Bland de som inte fött barn eller kvinnor som blivit förlösta med kejsarsnitt var förekomsten mycket lägre av alla störningar jämfört med kvinnorna som fött vaginalt. I de två andra grupperna var

förekomsten ungefär lika hög. Författaren drar slutsatsen att vaginal födsel är en riskfaktor för störningar i bäckenbotten, men inte graviditet i sig själv.

5.2.2 Mödrarådgivning

En väntande mamma har möjlighet att gå på mödrarådgivning på hälsocentralen under graviditeten. På mödrarådgivningen träffar mamman hälsovårdare samt läkare. Första besöket sker vanligtvis under graviditetsvecka 8-12 och sista besöket är ett uppföljningsbesök sex veckor efter förlossningen. Syftet med rådgivningen är bland annat att stöda en normal graviditetsgång, att göra sållningar för risksjukdomar, förbereda de blivande föräldrarna för föräldraskapet och främja mammans och barnets hälsa. Familjeförberedelse brukar ofta ordnas som gruppträffar för blivande föräldrar. Hur dessa träffar ser ut och hur man organiserar dem varierar från kommun till kommun. Ofta går man där igenom och diskuterar t.ex. graviditet, förlossning, barnaskötsel och olika frågor om parförhållande och sexualitet. (Armanto & Koistinen 2007:33-37)

5.3 Urininkontinens

5.3.1 Typer av inkontinens

Urininkontinens innebär att den drabbade ofrivilligt läcker urin. Kontinens är förmågan att hålla urinen och släppa ut den när det är lämpligt. International Continence Society definierar begreppet inkontinens så här: "the involuntary loss of urine, which is objectively demonstrable and a social or hygienic problem" (Perry et al. 2000).

Det finns flera olika typer av inkontinens. Den vanligaste är ansträngningsinkontinens, som innebär att urin läcker ut när man t.ex. hostar, nyser eller anstränger sig fysiskt. Vid dessa ansträngningar så stiger trycket i bukhålan plötsligt. Den drabbade känner inte av något urineringsbehov före läckaget, och oftast är det bara en liten mängd urin som läcker ut. Ansträngningsinkontinens har samband med svaga eller skadade bäckenbottenmuskler. Slutarmuskulaturen och bäckenbottenmuskulaturen klarar inte av att skapa ett högre tryck än det som kommer från bukhålan. (Heittola 1996:43-44)

En annan form är trängningsinkontinens. Vid denna typ av inkontinens känner den drabbade ett plötsligt, akut behov av att urinera. Den drabbade hinner inte i tid till toaletten och urin läcker ut. Ofta töms hela blåsan på en gång. Blåsans receptorer är ibland alldeles för känsliga för retning, och detrusormuskeln kontraherar vid minsta impuls. Trängningsinkontinens kan också ha en neurologisk bakgrund. Trängningsinkontinens är vanligare bland den äldre populationen. (Heittola 1996:59-61)

Vid inkontinens av blandtyp förekommer både trängnings- och ansträngningssymptom. (Heittola 1996:64)

Inkontinens är, fastän det inte är ett livshotande tillstånd, ett kostsamt problem för samhället. Enligt en undersökning gjord i Sverige beräknas 2 % av budgeten för den nationella hälsovården gå åt till att behandla urininkontinens. (Valpas 2005:26-27) Inkontinens kan ibland gå över av sig själv efter en tid. Speciellt medelålders drabbade och yngre kan hoppas på en spontan läkningsprocess. (Käypä hoito 2006)

5.3.2 Behandling av inkontinens

Konservativ behandling är första alternativet vid okomplicerad ansträngnings-, trängningsinkontinens och inkontinens med blandform. Först när dessa former inte gett önskad effekt bör operation övervägas. (Wilson et al 2002:1784-5) Till konservativ behandling räknas fysioterapi, livsstilsförändringar (t.ex. viktnedgång), beteendeterapi (blåsträning) och inkontinensskydd (Wilson et al 2002:573). Även medicinering är en konservativ behandlingsform. Det är främst trängningsinkontinens som behandlas med medicinering (Käypä hoito 2006).

Fysioterapi som vård vid inkontinens kan innehålla terapi både individuellt och i grupp. Ofta består fysioterapi av bäckenbottenmuskelträning i kombination med andra terapiformer, så som elektrisk stimulering, biofeedback och vaginalkoner. Bäckenbottenmuskelträning kan se ut på olika sätt, men syftet är att stärka musklerna så att de kan stå emot ett plötsligt ökat tryck i buken i samarbete med slutarmuskulaturen kring urinrörets öppning. Vid upprepad ansträngning bör även muskulaturens uthållighet ha tränats upp för att man ska klara av att hålla tätt. Bäckenbottenmuskelträning har bäst effekt på ansträngningsinkontinens och inkontinens av blandkaraktär, vid trängningsinkontinens bör muskelträning ges i

kombination med blåsträning. Ett intensivt träningsprogram ger bäst resultat. Gängse vård rekommenderar bäckenbottenmuskelträning redan innan förlossningen. (Käypä hoito 2006; Wilson et al 2002:578, 583-4)

Lokalisering och korrekt kontraktion av rätt muskelgrupp vid bäckenbottenmuskelträning är svårt för många kvinnor. Det är möjligt att en kvinna som tror sig kontrahera bäckenbottenmuskulaturen egentligen aktiverar någon av de större, intilliggande musklerna istället, som t.ex. magmusklerna (Calais-Germain 2003:62). Wilson et al (2002:580) rekommenderar därför att den som ska börja träna instrueras av någon med erfarenhet av den här typen av träning, vid behov också undersöker och kontrollerar att rätt muskelgrupp aktiveras. Lonka & Tyrväinen (2007: 24, 31) drar i sitt examensarbete slutsatsen att handledd träning kan motivera klienterna till att träna oftare än de som endast får muntliga instruktioner eller broschyrer.

Elektrisk stimulering kan användas som en behandlingsmetod för inkontinens. Vid elektrisk stimulering förbättras reflexsystemet som styr tömning och hållande av urin och man kan stärka musklerna. Elektrisk stimulering kan ges i flera olika kombinationer av apparatur, placering av elektroder, våglängd, intensitet och så vidare beroende på vilket resultat man vill uppnå. Användande av denna metod är indikerat om patienten inte själv kan lokalisera och aktivera rätt muskelgrupper, samt om muskelstyrkan är svag (1-2 på en skala från 0-5). (Carrière & Feldt 2006:187-190)

Biofeedback ges från speciella apparater som mäter endera tryck eller muskelaktivering intravaginalt eller –analt. Resultaten ges i grafisk eller auditiv form till klienten. Detta skall hjälpa personen att bli uppmärksam om rätt muskler, samt ger terapeuten ett mätinstrument för styrka och korrekt aktivering. (Carrière & Feldt 2006:203; Wilson et al 2002:584)

Vaginalkoner eller -kuler kan också användas som en del av behandling. Detta föremål har en viss tyngd och används genom att man för in det i vagina och försöker hålla det kvar där inne. Kvinnan är då tvungen att aktivera bäckenbottenmusklerna för att hålla den på plats. (Laycock et al. 2001:31-32) Nyttan av att använda vaginalkoner har ifrågasatts. (Carrière & Feldt 2006:135)

Ifall konservativ behandling inte ger ett tillfredsställande resultat bör operation övervägas. Operationer ger ofta goda och långvariga resultat, men det finns komplikationsrisker, precis som med andra invasiva ingrepp. (Käypä Hoito 2006) Operationer är också kostsamma. En vanligt använd metod, TVT (Tension-free Vaginal Tape), kostar ungefär 2000 €. I priset ingår kostnader för ingreppet, sjukhusvistelse och sjukledighet. (Valpas 2005:65)

6 TIDIGARE FORSKNING

Artiklarna har jag främst sökt efter i databaserna Google Scholar, Theseus och PEDro. Sökord som använts är olika kombinationer av *pelvic floor muscle*, *pelvic floor muscle training*, *incontinence*, *urinary incontinence* och *physical therapy*. Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara skrivna inom de senaste 15 åren, de skulle vara relevanta för arbetet och de skulle vara skrivna på ett språk som jag förstår.

I flera av forskningarna nämns ”pad test” som mätmetod. Det innebär att man objektivt mäter urinläckage. Oftast använder man någon form av binda eller inkontinensskydd som vägs före och efter användning för att se hur mycket vätska som läckt.

Mørkved & Bø (1999) gjorde en undersökning där alla kvinnor som födde barn under ett års tid i en kommun i Norge ombads att delta. Allt som allt deltog 144 kvinnor (72 %). I undersökningen ingick intervju, ett kliniskt ”pad test”, en urodynamisk undersökning samt mätning av bäckenbottenmuskelstyrka. I resultatet framkom att 42 % av kvinnorna rapporterade stressinkontinens under graviditeten och 38 % 8 veckor efter förlossning. Det objektiva pad testet angav dock bara att 19 % läckte urin. Det gick inte att urskilja några klara samband mellan olika bakgrundsuppgifter och förekomst av urininkontinens.

Dumoulin et al (2004) har gjort en RCT studie där man ville få fram effekten av behandling i motsats till ingen behandling av kvinnor med långvarig urininkontinens (inkontinens kvarstående minst 3 månader efter senaste graviditet). 64 kvinnor randomiserades till två behandlingsgrupper och en kontrollgrupp. Den ena behandlingsgruppen fick fysioterapi en gång per vecka i åtta veckor. Behandlingen bestod av elektrisk stimulering av bäckenbottenmusklerna, instruerad

bäckenbottenmuskelträning med biofeedback och ett hemträningsprogram. Den andra behandlingsgruppen fick förutom samma behandling även träna de djupa magmuskelnerna. I början och slutet av interventionen mättes urinläckage med ”pad test” och olika standardiserade mätinstrument. Resultatet av studien var att 70 % av kvinnorna i behandlingsgrupperna ansågs objektivt vara helt botade, och 90 % uppvisade en förbättring på mer än 50 %. 10 % av kvinnorna i kontrollgruppen hade förbättrats mer än 50 %, och ingen i den gruppen ansågs helt botad.

Mørkved et al (2003) undersökte i en RCT studie ifall bäckenbottenmuskelträning under graviditeten kan förebygga inkontinens. 301 kvinnor deltog i studien. En interventionsgrupp fick under 12 veckor under graviditeten träna tillsammans med fysioterapeut individuellt och i grupp. Det som tränades var bäckenbottenmuskelkontraktioner i olika ställningar och avslappnings-, andnings- och muskelstärkande övningar. Kontrollgruppen fick i början av studien endast standardiserade råd som ges åt gravida kvinnor. Resultaten mättes med subjektiva observationer samt tränings- och urineringsdagböcker. Kvinnorna undersöktes vid 20:e och 36:e graviditetsveckan samt tre månader efter förlossning. 32 % av kvinnorna i interventionsgruppen och 48 % av kontrollgruppen rapporterade urininkontinens vid 36:e graviditetsveckan. Tre månader efter förlossningen var siffrorna 20 % för interventionsgruppen och 32 % för kontrollgruppen. Man drar slutsatsen att intensiv träning av bäckenbottenmuskulaturen under graviditeten minskar risken för inkontinens.

Bø et al (1999) jämför i en undersökning olika behandlingsmetoders effektivitet hos kvinnor med genuin stressinkontinens som stod i kö till operation. 107 kvinnor randomiserades till fyra grupper. Undersökningen sträckte sig över sex månader. En grupp fick instruktioner för bäckenbottenmuskelträning hemma som skulle utföras tre gånger i veckan och träning i grupp ledd av en fysioterapeut en gång i veckan. En annan grupp instruerades i att använda en vaginal elektrisk stimuleringsapparat hemma varje dag. Den tredje gruppen fick instruktioner för hemträning med vaginalkoner. De två sistnämnda grupperna träffade en fysioterapeut varje månad som kontrollerade att övningarna utfördes korrekt. Kontrollgruppen fick ingen behandling, men erbjöds inkontinensskydd som kompensation. Som mätinstrument användes ”pad test”, subjektiva rapporter på urinläckage och mätning av bäckenbottenmuskelstyrka. Man kunde konstatera på basen av resultaten att muskelträning var överlägsen de andra

behandlingsmetoderna och de andra var bättre än ingen behandlingsmetod då man såg på förbättring av inkontinens. Dessutom såg man inga biverkningar i muskelträningsgruppen och behandlingsmotivationen var högst i den gruppen. I de båda andra behandlingsgrupperna rapporterades negativa bieffekter och instruktionerna ansågs vara svåra att följa.

Hay-Smith et al (2009) har gjort en systematisk litteraturgranskning över bäckenbottenmuskelträning i förebyggande och behandlande syfte för urin- och avföringsinkontinens före och efter förlossning. De studier som inkluderades i granskningen var sådana som jämförde bäckenbottenmuskelträning med vanlig behandling, ingen behandling eller placebo under graviditet och/eller efter förlossning. De inkluderade studierna delades in enligt tre olika populationer: kvinnor som inte hade problem med urinläckage (prevention), kvinnor som hade inkontinensproblem (behandling) samt blandad population där både kvinnor med och utan inkontinensproblem deltog. Man exkluderade studier där bäckenbottenmuskelträning kombinerats med t.ex. läkemedel och studier där interventionen bestått av enbart elektrisk stimulering. 16 studier inkluderades i granskningen. I resultatet framkommer att bäckenbottenmuskelträning hos kvinnor utan symptom under graviditeten minskar risken för urininkontinens i slutet av graviditeten (56 % mindre risk), upp till tolv veckor efter (50 %) samt tre till sex månader efter förlossning (30 %). Fem forskningar undersökte detta. Endast i en forskning gavs bäckenbottenmuskelträning enbart före förlossning åt kvinnor med konstaterad urininkontinens. Resultaten var inte så tydliga och rapportering av interventionen var bristfällig. Baserat på de studier som sett på träning efter förlossning så verkar bäckenbottenmuskelträning ha en positiv inverkan på kvinnor med urininkontinens. Fyra forskningar hade en blandad population som sitt material. I två av forskningarna var resultaten positiva för bäckenbottenmuskelträningsgruppen, i de två andra var resultaten inte så tydliga. Brister fanns i beskrivning av interventionen. Det är oklart vilka resultat bäckenbottenmuskelträning ger vid långtidsuppföljning. Bara några enstaka forskningar berörde också avföringsinkontinens. Det verkar som att bäckenbottenmuskelträning för behandling av postnatal urininkontinens också har en viss positiv inverkan på avföringsinkontinens.

Chiarelli & Cockburn (2002) undersökte effekten på bäckenbottenmuskelträning som instrueras av en fysioterapeut och strategier för att kvinnorna skulle få träningen att passa in i vardagen jämfört med vanlig postnatal vård. 776 kvinnor deltog i studien. Kvinnorna randomiserades till två grupper tre månader efter förlossningen, en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Interventionsgruppen fick träffa en fysioterapeut två gånger, första gången när kvinnan ännu låg på sjukhuset efter förlossningen och den andra gången åtta veckor senare. Fysioterapeuten instruerade skraddarsydda bäckenbottenmuskelövningar för kvinnan och försökte tillsammans med kvinnan komma fram till vilka tidpunkter som skulle vara mest lämpliga för henne att göra övningarna på. Hon fick också hem material som innehöll information om bäckenbotten. Kontrollgruppen fick om de ville ta med en broschyr som instruerar bäckenbottenmuskelträning och en inbjudan att delta i de rutinmässiga klasser som hölls av fysioterapeuter på avdelningen efter förlossningen. I början av studien intervjuades alla kvinnor för att få reda på inkontinensproblem och uppgifter om socioekonomisk information samlades in. Efter tre månader samlades resultaten in genom telefonintervjuer med kvinnorna, som lite tidigare fått blåsdagböcker hemskickade. Det man tog reda på var svårighetsgrad av inkontinens samt hur ofta kvinnorna gjorde bäckenbottenmuskelträning. I resultatet framgick att vid tre månaders uppföljning hade mycket färre kvinnor svåra symptom på blandinkontinens i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Tre gånger per vecka ansågs vara minsta träningsmängd som ansågs tillräcklig. I kontrollgruppen tränade 57,6 % tillräckligt och i interventionsgruppen rapporterade hela 83,9 % att de tränade tillräckligt. I tidigare liknande studier har bortfallet varit högt bland deltagarna, men författarna drar slutsatsen att användandet av beteendekomponenter under inläringen haft ett positivt resultat på detta. Kvinnorna har i den här undersökningen i mycket högre grad följt programmet och fått det att passa in i deras vardag jämfört med tidigare studier.

7 METOD

I detta kapitel kommer olika forskningsmetoder att presenteras. Här beskrivs också de metoder som har använts i detta arbete mera detaljerat.

7.1 Kvantitativ och kvalitativ design

Man kan grovt dela in samhällsvetenskaplig forskning i två olika grenar; kvalitativ och kvantitativ metod. Enkelt sagt kan man säga att kvalitativ forskning studerar få enheter, men går på djupet medan kvantitativ forskning kan säga något om många enheter och gå på bredden.

I kvalitativ metod studerar man intensivt bara några enheter, och försöker då få fram så många nyanser som möjligt. Man går från empiri till teori. Ofta inbegriper kvalitativ forskning öppna intervjuer utan fastställda svarsalternativ. Problemet med en kvalitativ design är att man vet mycket om några få personers åsikter och kunskap, men det är svårt att veta om resultaten går att applicera på en större grupp. Resultaten är kanske inte generaliserbara. (Jacobsen 2007:48-52)

I kvantitativa forskningar har den som undersöker redan en teori, och har utifrån den teorin formulerat frågor med färdiga svarsalternativ. Designen är strukturerad, och svaren kan kategoriseras. Detta gör att resultatet kan presenteras med procent eller antal, och resultatet kan representera en population ganska precist. Kvantitativ forskning är sluten, och det är i hög grad forskaren som bestämmer vad som är relevant att ta med i forskningen. I jämförelse med kvalitativ metod är kvantitativ relativt billig, och det går att undersöka många enheter. (Jacobsen 2007:52-54)

Kvantitativa och kvalitativa metoder behöver inte utesluta varandra eller stå för varandras motsatser. Tvärtom kan en kombination användas för att ge mer nyansrikedom till forskningen och skänka större tillit till resultatet (Holme & Solvand 1997:85-86). De två metoderna kompletterar varandra hellre än att de är konkurrerande. Resultat från endera forskningen kan valideras genom att man testat med den andra typens metod. (Jacobsen 2007:58-59)

7.2 Genomförande av undersökningen

För min studie har jag valt att använda mig av kvalitativ metod. Metoden är lämplig på grund av att jag vill få reda på en grupps åsikter, jag vill få fram nyanser som jag inte själv har kommit att tänka på.

Till en början var det meningen att en enkät skulle skickas ut till alla hälsocentraler i Helsingfors, alltså kvantitativ metod (se bilaga 4). Men ungefär halvvägs genom arbetsprocessen blev jag tvungen att byta metod då TUTKA (Terveyskeskuksen tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä) inte beviljade forskningsstillstånd för mitt projekt. Motiveringen till beslutet löd att hälsocentralerna just nu är belastade med utvecklingsprojekt, forskningar samt nya lagstadgade uppgifter i rådgivningsarbetet. Koordinationsgruppen ansåg dock inte att forskningsplanen i sig var dålig, situationen i Helsingfors stad just nu var bara inte det bästa för den här typen av forskning. Nu öppnade sig istället möjligheten att göra ett bättre förarbete och få ny kunskap om undersökningsgruppen. Resultatet blev alltså en slags kvalitativ förstudie som sedan kan ligga till grund för liknande enkäter i framtiden som den som från början utformats. Jag hoppas ändå få svar på de forskningsfrågor som ställts upp från början.

Som grund för intervjuerna användes en intervjuguide. När man framställer en intervjuguide gäller det att fundera ut hur pass öppen eller strukturerad man önskar att intervjun ska bli. Jacobsen (2007:96-97) rekommenderar att man skriver en intervjuguide som ger intervjun en viss struktur. Utgående från guiden kan man sedan under intervjun försäkra sig om att allt det som man är intresserad av kommer med. Jacobsen menar också att man inte bör hålla sig alltför noga till guidens exakta formuleringar och ordningsföljd under intervjun, den bör mera ses som en riktlinje än som ett manuskript. Intervjuguiden utformades utifrån frågorna i den ursprungliga enkäten, och den återfinns som bilaga 3 i slutet av arbetet.

Målet var att rekrytera åtta hälsovårdare från olika delar av landet till intervjuerna. Slutligen blev det fyra intervjuer med sammanlagt sju hälsovårdare, vilket bedömdes som tillräckligt för detta arbete. De ledande skötarna på mödrarådgivningarna kontaktades och från dem fick jag tillstånd att kontakta hälsovårdarna. Genom telefonkontakt berättade jag sedan för hälsovårdarna om intervjuens innehåll och syftet med den, vid intervjutillfället delades också ett följebrev ut (se bilaga 1 och 2).

Intervjuerna utfördes i de flesta fall på hälsovårdarnas respektive arbetsplats. En intervju gjordes i hälsovårdarens hem. Två informanter intervjuades enskilt, en intervju utfördes med två och en med tre informanter samtidigt. Alla hälsovårdare var svenskspråkiga. Intervjuerna tog ungefär 15-35 minuter respektive i anspråk.

Intervjuerna spelades in på bandspelare för att underlätta analysarbetet. Alla intervjuade gick med på att bandspelare användes. Efteråt transkriberades de muntliga intervjuerna till skriftlig form. För att kunna garantera anonymitet och för att underlätta för läsaren har jag ändrat talspråk och dialekt till en mer läsbar svenska i transkriptionen. Talspråk är inte alltid så lätt att förstå i utskriven form. Man säger många onödiga ord, man upprepar sig och ändrar sig mitt i meningen. I några citat har jag varit tvungen att lägga till ett ord inom klamrar för att klargöra för läsaren vad citatet gäller. I vissa delar av citaten står tre punkter innanför klamrar, detta betyder att jag tagit bort sådant som varit irrelevant för att texten ska bli lättare att läsa. Citatens ursprungliga betydelse torde dock vara densamma. (Holme & Solvand 1997:145)

7.3 Analyismetoder

När man analyserar rådata från en kvalitativ undersökning så följer man oftast vad som kallas den hermeneutiska cirkeln. Detta innebär att man arbetar i ett spiralmönster och växlar mellan att se på delar av materialet och på helheten. På detta sätt utvecklas förståelsen hela tiden. (Jacobsen 2007:134-135)

Den analysmetod som valdes för detta arbete blev innehållsanalys. I innehållsanalysen försöker man hitta kategorier och teman som återkommer i materialet. Sedan söker man i de olika intervjuerna efter påståenden och citat som liknar och passar in i kategorierna man hittat. Dessa teman hjälper en att sammanfatta stora mängder data samt hjälper en se sambanden och likheterna (eller olikheterna) mellan de olika intervjusituationerna. Den temaguide som man framställt före intervjuerna kan ses som en preliminär kategorisering av svaren, men den indelningen behöver inte nödvändigtvis motsvara de kategorier man lyfter fram under själva analysen. (Jacobsen 2007: 139-140)

Efter att man analyserat sitt material och delat in data i teman kan man räkna hur många gånger ett visst tema berörs. Detta närmar sig alltså ett kvantitativt arbetssätt. Även om

man med hjälp av detta tillvägagångssätt kan säga något om vad de intervjuade har upplevt som viktigt så bör man ändå akta sig för att låta denna del av analysen väga alltför tungt när man drar sina slutsatser så att man inte ser felaktiga samband. (Jacobsen 2007:142-143)

För att på ett upplysnande sätt få mervärde för sina resultat brukar man sätta in citat från intervjuerna. Citaten styrker på ett konkret sätt de resultat man vill framföra. Man bör plocka ut de citat som bäst beskriver det man vill föra fram. Helst ska man inte sätta in flera citat som säger nästan samma sak, ifall man inte känner att det ger fler nyanser till resultaten. (Holme & Solvand 1997:144-145)

Man börjar oftast med att titta på antal teman och citat i de enskilda intervjuerna, när man är klar med det kan man sedan börja jämföra de olika intervjuerna med varandra. Man ser på vilka teman som tas upp i alla intervjuer, vilka som bara tas upp i några samt om det finns något som bara en enda person nämner. När man har gjort det kan man försöka finna svar på varför det är så att vissa saker förekommit i alla, men vissa teman bara har nämnts av någon. (Jacobsen 2007:143)

En förenklad beskrivning av analysprocessen ger Hirsjärvi & Hurme (2001:144-145). Man utgår från det material man har, i det här fallet de transkriberade intervjuerna. Materialet läses och klassificeras för att man ska kunna hitta samband. Sist rapporterar man sina fynd.

7.4 Etiska betänkanden

Enligt Jacobsen (2007:21) bör tre etiska aspekter uppfyllas när man tänker genomföra en undersökning. Dessa är krav på informerat samtycke, skydd av privatlivet samt att bli korrekt återgiven.

Informanten måste ha friheten att själv välja om han vill delta i undersökningen, i detta fall intervjun, eller inte. För att det ska ske måste informanten vara kompetent att själv fatta beslutet samt att informanten har fått tillräcklig information om undersökningens syfte. (Jacobsen 2007:22-23) Jag har garanterat detta genom att berätta öppet om studiens syfte för informanterna, som sedan själva får bestämma om de väljer att delta

eller inte. Jag har räknat med att en utbildad, arbetande hälsovårdare är kompetent att fatta beslut om det.

Med krav på skydd av privatlivet menas att ingen ska behöva känna att ens eget privatliv hotas eller kränks av undersökningen. Det här innebär att man noga överväger hur frågorna uppfattas och tar ställning till hur känsliga deras natur är. Det viktigaste vid kravet på skydd av privatlivet är att man garanterar informantens rätt att vara anonym. Genom den insamlade data man får ska en utomstående inte kunna identifiera informanten. Vid behov kan undersökaren vidta åtgärder så att identifiering inte ska kunna ske. (Jacobsen 2007:24-26)

Jag har försökt framställa frågorna i intervjuguiden på ett sådant sätt att informanterna inte ska uppfatta dem som hotfulla eller att min förutfattade mening skulle vara på något sätt nedsättande. Jag garanterar informanterna anonymitet. I resultaten kommer jag att skriva citat från de intervjuade. Det kommer inte att komma fram vem det är som svarat, och vid behov kan jag ändra på vissa uppgifter, som t.ex. arbetsplats, för att garantera informanterna anonymitet.

Kravet på att bli korrekt återgiven handlar om informantens rätt att få bli återgiven precis så som han har svarat. Detta innebär att man presenterar resultaten i sitt rätta sammanhang och att man inte medvetet utesluter vissa delar av resultaten, fastän undersökaren kanske inte själv tycker om det. I praktiken är det omöjligt att till fullo återge resultaten. Av praktiska skäl förkortar man och lämnar bort en del, men man bör se till att risken för felaktiga tolkningar blir minimal. (Jacobsen 26-27)

För att få intervjua hälsovårdarna har jag beviljats tillstånd för studien från Arcadas etiska råd.

8 RESULTAT

Sammanlagt utfördes fyra intervjuer. Två hälsovårdare intervjuades enskilt, två samt tre i gruppintervjuer. Sammanlagt har alltså sju hälsovårdare intervjuats. Informanterna hade arbetat som hälsovårdare i 2-29 år. Alla arbetade med mödrarådgivning som huvuduppgift, men de flesta hade också andra arbetsuppgifter så som barnrådgivning,

preventivrådgivning, sjukvårdsmottagning och PAPA-screeningar. Orterna som de som intervjuats arbetade på var mindre kommuner och mindre städer.

Insamlat data har kategoriserats enligt de ursprungliga forskningsfrågeställningarna. Resultaten framställs med hur många av hälsovårdarna som nämnt varje kategori och tema samt med citat för att belysa varje tema.

De tre huvudkategorier som har tagits fram är erfarenheter och kunskaper om bäckenbottenmuskulaturen och dess betydelse, vård, råd och förebyggande rådgivning samt tankar om vårdkedjan. Till dessa huvudkategorier hör även ett antal underkategorier. Sedan finns också några teman som inte hör ihop med någon speciell huvudkategori, men som ändå är intressanta för resultatet.

8.1 Erfarenheter och kunskaper om bäckenbottenmuskulaturen och dess betydelse

Tankar om förekomst av problem i bäckenbotten. En hälsovårdare sade att hon tyckte att problemen är rätt vanliga medan två sade sig knappt alls ha kommit i kontakt med sådana problem i sitt arbete. Övriga har inte kommenterat tankar om förekomst.

... alltså vanligt är det ju nog säkert, men hur mycket de talar om det sen, så det är ju då en annan sak.

Jag tycker, jag har inte stött på en enda tror jag [...] Alltså dom är nog väldigt få som liksom nämner nånting.

Hälsovårdarna tillfrågades hur mycket detta ämne hade kommit fram under utbildningen. Den allmänna uppfattningen var att det hade kommit upp i ganska låg grad under utbildningen, om de alls kom ihåg att det hade tagits upp. Fyra kom inte ihåg eller så antog de att det bara hade tagits upp lite grann. En menade att de inte alls hade haft något om det här under hennes utbildning. Två nämnde att de gått någon form av tilläggsutbildning efter hälsovårdarutbildningen där det delvis tagits upp om bäckenbottenmuskelpproblem. En hälsovårdare påpekade också att hälsovårdarutbildningen är väldigt bred, det är mycket som man ska lära sig om olika ämnen så hon menade att det är självklart att man bara lär sig ytligt om vissa.

Men det är ju det att när man studerar till hälsovårdare så det finns ju så många områden, man vet inte ju vad man ska jobba med, att då borde man få så jättemycket om alla. [...] Att det är, det är ju liksom nu sen då när man jobbar på mödrarådgivning som man borde få mera om det.

Inte var det inte vad jag nu minns i studierna något desto mera. [...] Att ganska lite.

Sådant som hälsovårdarna berättat om mera detaljerat har här räknats som specifika kunskaper om bäckenbottenmuskulaturen. Detta har de nämnt: hur man tränar bäckenbottenmuskulaturen (fyra), under vilka perioder det lönar sig att träna (tre), olika träningshjälpmedel (tre) samt operation (två). Talen inom parentes berättar hur många hälsovårdare som nämnt de olika temana.

... man ska arbeta upp de där musklerna som nerifrån och inifrån, att man ska inte börja med att göra sit-ups och sådant.

Jo, och så säger dom ju att vänta ut. Läkarna brukar ju säga då liksom [...] kämpa på nu, just att det tar lång tid, att man ska inte liksom ge upp så snabbt utan att ... träna väldigt effektivt. Både den här styrkan och uthålligheten liksom.

... då börjar man nu prata om de här knipövningarna, de ska knipa och försöka, som, då de går på WC att de försöker få knipit av den där strålen, fast, det ska man ju inte göra, men det är ju som bra, då vet man ju att man gör rätt.

Tre av hälsovårdarna pratade även om vad mammorna själva känner till om bäckenbottenproblem.

Det finns ju mycket på nätet härefter märker man ju alltså att de läser väldigt mycket och det, alltså det finns ju förstås bra källor men det finns ju också mycket [...] annat, så att det där, det märker man ju att det har ändrat mycket att vad de, vad de sen kommer och med funderingar kring det här också.

Och det [knipövningar] är dom nog medvetna om, när man säger det är det alltid det här "jo, suck, jag vet ju nog". Så där som det är.

Tre av informanterna antydde att de nog gärna skulle vilja veta mera om bäckenbottenmusklerna.

Det kan man väl aldrig få tillräckligt av, av nånting [kunskap] [...] Det kommer ju alltid kanske nya grejer, lite som vinklingar på saker, att det är ju det att nog vill man ju gärna alltid ha lite mera [...] just när det blir nya, kanske såna här behandlingsmetoder och

såna saker som man kanske vill, sku borda få lite mera uppdaterat alltid om det kommer nåt nytt.

8.2 Vård, råd och förebyggande rådgivning

Hälsovårdarna rapporterade att de pratar om problem med bäckenbottenmuskulaturen i varierande utsträckning på rådgivningsbesöken. Antal som alltid tar upp det i något skede (två), tar upp ifall kunden tar upp det först (två) samt som aldrig tar upp det rutinmässigt (en). Tre nämnde att de här sakerna alltid tas upp under föräldraförberedelsekursen, endera av hälsovårdare eller fysioterapeut. Fyra litade på att läkaren pratar om det här på eftergranskningen eller att det berättas på BB.

Alltså nog brukar jag ... ja, om de själva börjar tala om det, så då börjar man nu prata om de här knipövningarna ... men annars så kanske nog det faktiskt, om inte de själva funderar nåt på det så lämnar det nog faktiskt.

... man har ju inbyggt det på nåt sätt, och jag tycker de flesta nog liksom har det inbyggt. Nog kan det ju vara nån gång som man tänker att att "aj, glömde jag att säga", men jag försöker nog också säga det. Men att det är klart att hundra procentig kan man aldrig säga att man kommer ihåg nånting [...] man frågar ju och kollar upp liksom och [...] sen så ser man ju på hembesöket så frågar jag alltid hur magen funkar och då i samband med det så brukar man ju komma fram till det, och dom brukar ju få frå från sjukhuset också, att man ska säga om att, att fortsatt att knipa.

Nä jag brukar nog faktiskt aldrig ta upp det jag, på det viset så där av rutin liksom. [...] Nä för att läkaren frågar ju det vid eftergranskningen.

När ett problem sedan har kommit fram så kan hälsovårdarna erbjuda olika behandlingsalternativ. Tre hälsovårdare nämnde att de pratar om knipövningar, tre att de har broschyrer om bäckenbotten som de kan dela ut. Om broschyrerna så nämndes också att de i många fall är ganska dyra för kommunerna, och därför kunde hälsovårdarna inte gärna dela ut dem åt alla rådgivningsbesökare. Tre hälsovårdare sade att vid svårare fall kan mammorna skickas vidare till fysioterapeut eller läkare. Två hälsovårdare pratade också om att de hade vaginalkylor som de kunde dela ut, men att de inte var riktigt nöjda med dem.

Alltså om inte det som, om inte det hjälper med de här knipövningarna [...] då måste man ju skicka vidare dem då. Att om de far då till nån fysioterapeut och får nå jumppaövningar eller nåt.

Jag har nog några [broschyrer] som jag brukar ge just åt såna som har liksom riktigt något påtagligt, men inte så där annars.

Några av hälsovårdarna tillfrågades om uppföljning av sådana patienter som berättat att de har problem med bäckenbotten. De hälsovårdare som sagt att de har stött på få klienter med bäckenbottenproblem tillfrågades inte om uppföljning. Tre stycken sade att de inte rutinmässigt gör uppföljningar. En påpekade att det är svårt att få någon feedback från mammorna då de inte längre träffar dem efter förlossningen annat än ett snabbt besök på eftergranskningen. En sade att hon nog vid eftergranskningen brukade höra sig för hur det fungerar. En annan sade så här:

Nä nå [...] om inte det hörs nåt från dem så då antar man att nä men då har det som ... givit resultat.

8.3 Tankar om vårdkedjan

De flesta hälsovårdarna (fem) höll med om att vårdkedjan för väntande mammor fungerar bra. Samarbetet med de flesta andra yrkesgrupperna runt den gravida kvinnan fungerade tillfredsställande. Två av hälsovårdarna önskade sig lite bättre samarbete med fysioterapeuter, då de i just den kommunen inte hade någon fysioterapeut som var med i förberedelsekursen. Samma hälsovårdare önskade sig också smidigare samarbete med barn tillsyningsnämnden. De här hälsovårdarna var dock i stort sett nöjda med hur vårdkedjan fungerar i övrigt.

Jo inte tycker jag att jag har nånting att klaga på det inte. Nog har vi hittat de linjerna tycker jag.

Jo tyvärr har vi ingen, ingen från fys-sidan som är med nu [på förberedelsekursen], för dom har inte velat ställa upp, det är liksom extra arbete det här egentligen, kvällstid dessutom. Så tyvärr har ingen, vi har ju nog med jämna mellanrum frågat, frågat upp dom ... och det är ju många som sku önska liksom att vi sku få den där.

Tre av hälsovårdarna svarade vid tillfrågan att de tycker att situationen för mammorna är rätt god. De övriga har inte tillfrågats.

Jag tror att den [mammans situation] är ganska bra. [...]Jag tror också att, om vi nu utgår från dom här klient, att hur hon upplever det [...] så tycker jag att de flesta har varit nöjda med hur det fungerar.

8.4 Övriga teman

Hälsovårdarna pratade rätt mycket om sina tankar om arbetet som hälsovårdare i allmänhet. Två av dem som arbetat lite längre upplevde att det åtminstone i deras kommun hade skett ganska mycket förändringar på senare tid. De rapporterade att mera pappersarbete kommit till och att en del uppgifter som de tidigare skött hade flyttats över till andra instanser.

Då [på PAPA-screening] hade man ju liksom alla mellan [...] 30 och 60, kvinnor, så det var jättebra besök liksom just för att ta upp såna här saker, och bröstundersökningar och hela den biten är borta [...] Det kom väldigt mycket saker som man märkte att folk hade ett behov av att diskutera [...]Men nu tar ju labbskötarna på laboratorie, så jag tror nog att det är en försämring för klienterna att dom tar ju bara de där proven, eller den här liksom, vårdsituationen blir ju borta på det sättet.

En hälsovårdare gav uttryck för en viss uppgivenhet inför arbetet:

... fysiskt är det ju inte nåt tungt arbete att det är ju som nog mer psykiskt, att man tycker att man sku måsta lägga sig i så mycket och man skulle måsta vara så engagerad och kunna så mycket om så många områden. [...]det är det ju nog att man tycker alltså att man är som ett steg efter, att man sku borda kunna ännu nå lite mer ... och ha ännu nå lite mer att ge.

Hälsovårdarna ombads också fundera på och ge förslag på vad de anser skulle kunna förbättra vården för de klienter som har problem med bäckenbotten. Fyra av dem sade att det skulle vara möjligt att förbättra rutinerna för hur de här frågorna tas upp och hur de dokumenteras. Två sade att mera utbildning i ämnet skulle vara nyttigt. Tre nämnde att de skulle önska bättre material som de kunde dela ut.

Vi har inte haft nån skolning eller nånting på den här sidan [...]Nä, så det sku ju vara riktigt intressant att få något

I en intervju framkom det efter en tids diskussion att hälsovårdaren hade missuppfattat ämnet. Vid flera tillfällen hade det nämnts att det var frågan om just problem i bäckenbottenmuskulaturen, och det framkom också i följebrevet hon fått. Hon hade uppfattat att det var foglossning som var det ämne vi pratade om. Därför har inte alla svar hon gett räknats med under alla teman, då man inte kan veta säkert om påståendena skulle gälla foglossning eller bäckenbottenmuskelpproblem.

Ja inte är det ju ovanligt inte, det är det ju inte. [...] Rätt vanligt ändå, att de har de här foglossningsproblemen.

9 DISKUSSION

9.1 Resultatdiskussion

Det är svårt att utifrån en sådan här undersökning kunna säga något specifikt om hälsovårdarnas verkliga kunskaper inom det här området. Hur kvantifierar man kunskap, och vilken typ av kunskap är man ute efter? En viss uppfattning om hälsovårdarnas kunskapsnivå tycker jag ändå att jag har kunnat skapa mig utgående från deras svar och de intryck jag fått. Hälsovårdarna har över lag någorlunda bra kunskaper om det här ämnet, åtminstone det mest grundläggande verkar de flesta känna till. De är ofta medvetna om vad som kan hända med bäckenbotten under graviditeten och de vet också att man kan träna muskulaturen för att behandla ett problem. Då de känner att deras egna kunskaper inte räcker till vet de också vart de sänder klienterna vidare. Detta stämmer bra överens med vad Hakkarainen et al. (2009) kom fram till i sitt examensarbete.

Utgående från vad informanterna har pratat om så kan man tyda en viss tendens att lägga problemet på läkarnas ansvar att ta upp. Hos flera av de som svarat sades att ifall de rutinmässigt frågar upp de här problemen så sker det först efter förlossningen vid eftergranskningen. Det framkom också brister i rutinerna hos några. Men andra tog också upp det här ämnet mer rutinmässigt under rådgivningsbesöken före förlossningen. Så beroende på hos vilken hälsovårdare en klient hamnar så kan det hända att ansvaret att ta första steget att ta upp problemet ligger hos klienten.

Anmärkningsvärt är att några hälsovårdare knappt alls hade kommit i kontakt med bäckenbottenmuskelproblem, fastän flera källor rapporterar att speciellt inkontinens är mycket vanligt bland gravida och kvinnor som fått barn (Mørkved & Bø 1999; Käypä Hoito 2006). Detta kunde möjligen förklaras med att de hälsovårdare som sade att de inte just kommit i kontakt med problemen inte hade jobbat särskilt länge som hälsovårdare. Det kan ju också vara möjligt att för vissa kvinnor är problemen så lindriga att de inte tycker att de behöver någon vård för det och att det därför inte tas upp.

En orsak till varför de här frågorna ibland helt uteblir under rådgivningen före förlossningen kan vara att de som arbetar enbart med mödrarådgivning bara träffar klienterna före förlossningen och sedan på eftergranskningen efter förlossningen. Man skulle kunna tänka sig att det är möjligt att hälsovårdarna helt enkelt inte kommer att tänka på att bäckenbottenmuskelträning och annat som rör ämnet skulle vara relevant att ta upp också innan, om de räknar med att läkaren eller personalen på BB ändå frågar upp om det. Enligt Gångse vård (Käypä hoito 2006) så borde bäckenbottenmuskelträning vara en del av rådgivningen både under graviditeten och efter förlossningen. Träning av bäckenbottenmuskulatur i förebyggande syfte under graviditeten verkar inte tas upp så hemskt ofta av hälsovårdarna, men det verkar som att det mera handlar om en brist i rutinerna än en brist i kunskapen.

Det som hälsovårdarna nämnde specifikt om bäckenbottenmuskelfunktion och träning var i stort sett korrekt, men man kunde också utgående från vad de svarat dra slutsatsen att kunskaperna var något begränsade. Det som den ena hälsovårdaren nämnde, om att hon ibland säger att man kan försöka ”knipa av strålen” fast man egentligen inte ska göra så, är riktigt. Om man gör det för ofta har det argumenterats att det finns en risk att urineringsreflexen kan störas (Calais-Germain 2003:50). Men som hon säger, det hjälper en att aktivera rätt muskelgrupp. De hälsovårdare som pratade om att de ibland rekommenderar bäckenbottenmuskelträning använde begreppet knipövning. Det är mycket bra att de uppmuntrar till träning. Dock är knipövning ett något ospecifikt begrepp om man inte går igenom mer detaljerat t.ex. hur musklerna ska aktiveras och hur länge man ska hålla på. För många räcker säkert en påminnelse om att göra knipövningar, men för den som inte aktiverar musklerna på rätt sätt eller som har

problem med träningsmotivationen behövs mer specifik handledning (Chiarelli & Cockburn 2002; Lonka & Tyrväinen 2007; Wilson et al 2002:580).

Hur och om ett problem sedan följs upp varierade i svaren. En del lät saken bero och antog att ifall inte klienterna själva hörde av sig så har problemet nog blivit bättre. Återigen kan en orsak vara att det blir ett avbrott vid eftergranskningen, efter det byts personerna ut ifall hälsovårdaren i det fallet enbart arbetar med mödravård. Detta påpekade också en av hälsovårdarna. För klientens skull vore det ju önskvärt att man uppmärksammade problemet ordentligt och frågade upp hur behandlingen eller träningen har gått.

Jag uppfattade det som att de hälsovårdare som hade längre erfarenhet av mödravårdsarbetet hade större kunskaper och intresse för detta ämne. Också de som själva nämnde att de genomgått en graviditet och haft personliga erfarenheter av problem med bäckenbotten verkade ha mera kunskaper och var mer angelägna att prata om det.

Vårdkedjan och mammans plats i den verkade de flesta hälsovårdarna nöjda med. Ingen sade rakt ut att det skulle finnas några stora brister, det enda som nämndes var några detaljer som skulle kunna åtgärdas. Även om det mest handlade om organisationsfrågor så har nog fysioterapeuterna som samarbetar med hälsovårdarna också skäl att se sig i spegeln. Har de verkligen gjort allt de har kunnat (inom rimlighetens gränser) för att göra vårdssamarbetet så bra som möjligt?

Den ena av hälsovårdarna nämnde att hälsovårdaryrket kan vara tungt psykiskt. Att "lägga sig i" och försöka reda ut både det ena och det andra om en människas liv och hälsa är förstås tungt. Och just när det gäller dessa saker kan det ju faktiskt kännas lite jobbigt också för vårdpersonalen att börja prata om något som för de flesta är väldigt intimt och personligt. Fastän situationen nu säkert har blivit en hel del bättre än för ett antal år sedan i och med att bäckenbottenträning och inkontinensproblem har börjat dyka upp i t.ex. tidningar, så har vi fortfarande en bit kvar att gå före det känns helt bekvämt för alla att prata om de här sakerna. Det skulle vara viktigt att den person en klient är i kontakt med inom vården har kunskaper och vet hur man hanterar frågorna utan att det känns pinsamt eller jobbigt för någondera.

Den intervju där hälsovårdaren hade uppfattat att vi pratade om foglossning istället för bäckenbottenmuskelpproblem är intressant. Foglossning är visserligen ett problem som rör bäckenet och det tangerar det jag undersökt på flera punkter, men då det inte direkt har något med muskulaturen att göra så ville jag inte ta med hennes svar i resultaten. Hälsovårdaren nämnde faktiskt inkontinens när hon berättade att hon deltagit i en kurs, men hon verkade inte sätta inkontinens i samma sammanhang. Man kan fråga sig vad det här berodde på. Var det så att hon nog skulle ha haft mycket erfarenheter och kunskaper om bäckenbottenproblemen bara själva begreppet hade blivit mera specificerat för henne, eller kände hon inte till vad som är mekanismen bakom t.ex. urininkontinens? Det verkar ju i alla fall tyda på att vi inte riktigt talade samma språk, då hon med begreppet bäckenbottenmuskelpproblem förstod enbart foglossning, medan jag antagit att de flesta skulle förstå urin- och avföringsinkontinens, smärtor, prolapser och sexuella dysfunktioner med det.

Ibland fick jag i intervjusituationen en känsla av att hälsovårdarna var väldigt glada över att ha någon att prata med, att de var nöjda med att någon lyssnade på dem och var intresserade av vad de hade att säga. De antydde att det under de senaste åren skett mycket förändringar i deras arbetsbild. Nya blanketter och pappersarbete har kommit till, vissa uppgifter som de tidigare skött har flyttats över till andra instanser. De hade säkert upplevt sig lite maktlösa inför de här förändringarna. Så jag tycker att det känns bra att också de som jag intervjuat kan känna att det fått ut något av intervjuerna, att det inte bara är jag som kunnat dra nytta av dem.

Målsättningen med det här arbetet var att reda ut ifall det finns ett behov för den utbildning som FysioSportis planerar starta upp. Utgående från de resultat jag har fått och de tolkningar jag har gjort, så anser jag att en sådan utbildning är motiverad åtminstone för en del av hälsovårdarna. Särskilt sådana som inte har varit så länge i arbetslivet skulle ha nytta den. Jag fick uppfattningen av de hälsovårdare jag pratade med att de har intresse för ämnet och gärna tar emot ny kunskap.

Sammanfattning av resultaten

Hälsovårdarna har bra kunskaper om bäckenbottenmuskelpproblem åtminstone på ett ytligt plan och då det gäller det mest grundläggande. De har färdigheter att handla klienten ifall denna har ett sådant problem. I praktiken finns det ändå risk att det här inte

alls kommer upp redan under graviditeten ifall inte klienten själv för fram ämnet. Vården som hälsovårdarna sedan erbjuder varierar en del från kommun till kommun och hälsovårdare till hälsovårdare. Den vanligaste typen av vård eller behandling var uppmaning att göra bäckenbottenmuskelträning samt utdelande av broschyrer. Vid svårare fall skickas klienten vidare till läkare och/eller fysioterapeut. Hälsovårdarna ansåg i stort sett att vårdkedjan fungerar bra så som den ser ut i dag.

9.2 Kritisk metoddiskussion

Jag anser att det inte är ändamålsenligt att fästa alltför stor vikt vid hur många gånger ett tema har blivit nämnt. Detta på grund av att antalet deltagare är så litet och dels för att vissa teman inte lätt låter sig omvandlas till variabler som går att räkna. De olika intervjuerna har också varit så olika, och vad som har betonats i de olika intervjuerna har varierat. Det finns risk att man drar felaktiga slutsatser ifall man tittar alltför mycket på siffrorna. Det tillför ändå lite mera bredd åt studien att ändå nämna hur många som tyckt samma sak i vissa fall.

I denna undersökning har jag endast försökt få fram hälsovårdarens uppfattningar, erfarenheter och åsikter. De slutsatser och resultat som framställs här kan inte anses som allmängiltiga för alla hälsovårdare i alla delar av landet. Däremot tror jag att den som i en senare forskning vill ta reda på ifall dessa resultat är generaliserbara har nytta av detta material. De flesta hälsovårdarna gav ändå ganska liknande svar.

Jag lyckades få viss geografisk spridning bland respondenterna, också åldersmässigt var hälsovårdarna rätt väl representerade. Önskvärt skulle ha varit att få intervjua hälsovårdare i huvudstadsregionen, men till det krävdes tillstånd som jag när arbetet skrevs inte ansåg att jag ville vänta på då jag redan gått igenom samma process en gång tidigare. Det vore också intressant att få reda på finskspråkiga hälsovårdares åsikter. Har de samma kunskaper och färdigheter som de svenskspråkiga? För min egen del underlättades arbetet förstås då jag fick intervjua och analysera på mitt eget modersmål.

Några intervjuer utfördes enskilt och några i grupp. Man kan fråga sig hur kontexteffekten där har påverkat de intervjuades svar. Själv upplevde jag att de som

intervjuades i grupp gav mer uttömmande svar då de samtidigt kunde bolla idéer och tankar med varandra. Men det är möjligt att någon enskild individ har känt att den inte haft tillräckligt med utrymme att komma med sina egna åsikter i grupsituationerna. För att man ska känna att man har gett alla sina informanter samma möjligheter och utgångspunkt för tolkning så borde alla intervjuer ha utförts på samma sätt. Jag tror dock inte att man skulle ha sett någon nämnvärd skillnad i resultaten. Det var alltid hälsovårdarna själva som föreslog att de skulle intervjuas i grupp, och eftersom jag intervjuade dem på arbetstid så kunde jag ju inte gärna protestera mot att de sparade in på dyrbar tid genom att göra intervjuerna på samma gång.

Den här studien hade troligen vunnit på att jag skulle ha satt mig noggrannare in i olika analysmetoder redan före jag började med själva materialinsamlingen. Då skulle jag antagligen ha kunnat undvika någon fallgrop under själva intervjuerna och arbetet skulle ha blivit ännu mer sammanhängande. Nu blev det så att när jag sist och slutligen fick klartecken att börja med intervjuerna var jag så ivrig att komma igång att det lämnade åt sidan tills efter intervjuerna. Att analysera ett kvalitativt material är förstås aldrig enkelt, och det verkar inte finnas några klara rätt- och felregler heller och tydliga instruktioner till vilken metod som passar till vilken typ av studie. Men jag tror ändå att mina resultat är någorlunda bra och riktiga trots en del mindre brister.

I efterhand märker man alltid vad som kunde ha gjorts bättre. Temaintervjuer och kvalitativa metoder överlag var något helt nytt för mig, och jag märkte att jag i själva intervjusituationen kunde känna mig lite osäker. Tidigare erfarenhet av att göra intervjuer hade säkert underlättat processen. I efterhand är det också lätt att säga vad man borde ha frågat istället, men sådant är ju svårt att veta före man börjar. Hade jag fått göra om intervjuerna nu med de kunskaper jag fått så hade jag frågat hälsovårdarna vad de förstår med begreppet problem med bäckenbottenmuskulaturen. Jag hade också noggrannare frågat hurdan vård och rådgivning de erbjuder åt de patienter som har problem med detta område.

9.3 Avslutande reflektioner och förslag på vidare forskning

Det här examensarbetet tangerar kanske inte fysioterapeutens arbete till hundra procent. Att gå och intervjua en helt annan yrkesgrupp och försöka sätta sig in i deras situation har dock varit mycket givande för mig, och jag hoppas att också läsaren känner att han har nytta av vad jag skrivit. Multiprofessionellt samarbete är ett hett tema inom hälsovården idag. För att kunna samarbeta effektivt så krävs det att man sätter sig in i vad de andra professionerna har för uppgifter och hur deras situation ser ut. En kedja är inte starkare än sin svagaste länk, och detta gäller också för vårdkedjan.

Jag visste nog inte vad jag gav mig in på när jag inledde det här examensarbetet. Och tur är väl det – hade jag vetat hur mycket jobb som krävdes, hur mycket tid som skulle gå åt och hur många återvändsgränder jag skulle gå in i före jag hade texten klar, så skulle jag troligen inte ha börjat med det här. Man tenderar ju att välja den lättaste vägen. Men det är inte alltid den lättaste vägen som är den mest lärorika. Att göra en helt fullkomlig undersökning är svårt. Med tanke på det utgångsläge och de förhandskunskaper jag hade, samt med tidsperspektivet i minne, så är jag ändå nöjd med resultatet. Det har framkommit saker som överraskat mig, och det är, enligt Jacobsen (2007:41), viktigt när man forskar.

Jag har genom den här processen lärt mig massor om hälsovårdaryrket som jag inte har känt till från tidigare. Det är kunskaper som jag uppskattar. Jag har insett att hälsovårdarna har ganska mycket gemensamt med fysioterapeuterna, t.ex. att utbildningen är mycket bred, det är många och olika ämnen man måste lära sig. Om man sedan har lärt sig tillräckligt om just det område man sedan börjar jobba inom är förstås en annan fråga. Sen har vi självklart också gemensamt det att båda grupperna vill patienternas bästa och att vi gärna arbetar hälsofrämjande. Jag har också lärt mig mer om hur hälsovården i Finland fungerar. Och så har jag nog efter den här processen mycket större respekt för alla forskare och doktorander som gör studier i mycket vidare omfattningar än den jag gjort.

Det som jag ändå är mest nöjd över är att jag har haft möjlighet att få mera insyn i ett ämne som jag troligen inte annars skulle ha satt mig in i. Jag har insett att detta är ett

område som en fysioterapeut kan göra mycket nytta på, och att det också finns mycket evidens för att man kan uppnå bra resultat med hjälp av fysioterapi.

För den som blivit intresserad av detta ämne tror jag nog att det finns utrymme för vidare forskning. En uppenbar idé skulle ju vara att utveckla min ursprungliga enkätplan och försöka få tillstånd för den på nytt. Det skulle vara ett bra tillfälle att testa de resultat jag fått fram här och se om de gäller för en större population också. Ifall man riktigt ville fördjupa sig i det här med vårdkedja och multiprofessionellt samarbete så borde man ju också fråga de övriga yrkesgrupperna liknande frågor samt söka efter mer forskning om det. Det skulle också vara mycket intressant att höra vad läkare har för åsikter om bäckenbottenproblemen och vad de tycker att deras del i vårdkedjan är.

KÄLLOR

- Armanto, Annukka & Koistinen, Paula. 2007, *Neuvolatyön käsikirja*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 525 s.
- Bojsen-Møller, Finn. 2000, *Rörelseapparatens anatomi*, 1 uppl., Stockholm: Liber AB, 381 s.
- Bø, Kari; Talseth, Trygve & Holme, Ingar. 1999, *Single blind, randomised controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women*. Hämtad 29.9.10. Tillgänglig från <http://www.bmj.com/content/318/7182/487.full>
- Calais-Germain, Blandine. 2003, *The Female Pelvis Anatomy & Exercises*, Seattle: Eastland Press, Inc., 159 s.
- Carrière, Beate & Feldt, Cynthia Markel. 2006, *The Pelvic Floor*, New York: Thieme, 476 s.
- Chiarelli, Pauline & Cockburn, Jill. 2002, *Promoting urinary continence in women after delivery: randomised controlled trial*. I: *Obstetrics & Gynecology* 2002;324. Hämtad 19.10.2010. Tillgänglig från <http://www.bmj.com/content/324/7348/1241.full>
- Dumoulin, Chantale; Lemieux, Marie-Claude; Bourbonnais, Daniel; Gravel, Denis; Bravo, Gina & Morin, Mélanie. 2004, *Physiotherapy for persistent Postnatal Stress Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Trial*, I: *Obstet Gynecol* 2004;104:504-510, Lippincott Williams & Wilkins. Hämtad 29.9.2010. Tillgänglig: http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2004/09000/Physiotherapy_for_Persistent_Postnatal_Stress.12.aspx
- Hay-Smith, Jean; Mørkved, Siv; Fairbrother, Kate A & Herbison, Peter G. 2009, *Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (Review)*. The Cochrane Collaboration. Hämtad 5.10.10.

Tillgänglig från:

http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD007471/pdf_fs.html

Hakkarainen, Ulla; Havulehto, Päivi & Klinga, Anna. 2009, *Virtsainkontinenssia sairastavien naisten saama ohjaus terveydenhoitajilta*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu Diak Etelä, 91 s.

Heittola, Seija. 1996, *Lantionpohjan lihaksilla laatua naisen elämään*, Tampere: Kirjayhtymä Oy, 120 s.

Helsingfors stad. 2010, *Hur ofta besöker man rådgivningen under graviditeten?*

Hämtad 10.4.2011. Tillgänglig:

http://www.hel.fi/hki/terke/sv/H_lsotj_nster/M_drar_dgivning/Bes_ksfrekvensen

Helsingin kaupunki terveyslautakunta. 2010, *Esityslista TJA/18* Hämtad 21.9.2010.

Tillgänglig från:

http://www.hel.fi/static/public/hela/Terveyslautakunta/Suomi/Esitys/2010/Terke_2010-06-01_Tervlk_09_El/E938BD77-DFFD-4600-AA2B-D98FE90C5DE8/Lausunto_talousarvioaloitteesta_lisarahoituksesta_.pdf

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena. 2001, *Tutkimushaastattelu*, Helsinki: Yliopistopaino, 213 s.

Holme, Idar Magne & Solvang, Bernt Krohn. 1997, *Forskningsmetodik*, 2 uppl., Lund: Studentlitteratur, 360 s.

Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring*, Lund: Studentlitteratur AB, 316.

Käypä hoito. 2006, *Naisten virtsankarkailun hoito*. Hämtad 21.9.2010. Tillgänglig:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50050>

Laycock, J; Standley, A; Crothers, E; Naylor D; Frank, M; Garside, S; Kiely, E; Knight, S & Pearson, A. 2003, *Clinical Guidelines for the Physiotherapy Management of Females aged 16-65 with Stress Urinary Incontinence*, 2 uppl. London: Chartered Society of Physiotherapy, 66 s. Hämtad 5.10.2010. Tillgänglig:

<http://www.csp.org.uk/publications/clinical-guidelines-physiotherapy-management-females-aged-16-65-years-stress-urinary-in>

Lonka, Heidi & Tyrväinen, Noora. 2007, *Poikittaisen vatsalihaksen harjoitteiden ja ohjauksen merkitys synnyttäneiden naisten lantionpohjan lihaksiin*, Stadia, Helsingin ammattikorkeakoulu, 36 s.

Lukacz, Emily S; Lawrence, Jean M; Contreras, Richard; Nager, Charles W & Luber, Karl M. 2006, *Parity, Mode of Delivery, and Pelvic Floor Disorders*, I: Obstetrics & Gynecology 2006;107:1253-60, Lippincott Williams & Wilkins. Hämtad 19.10.2010.

Tillgänglig:

http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2006/06000/Parity,_Mode_of_Delivery,_and_Pelvic_Floor.8.aspx

Mørkved, S. & Bø, K. 1999, *Prevalence of Urinary Incontinence During Pregnancy and Postpartum*. I: International Urogynecology Journal 10:394-398, Springer-Verlag London Ltd. Hämtad 15.9.2010. Tillgänglig:

<http://www.springerlink.com/content/g680u0m5knnnac0u/>

Mørkved, Siv; Bø, Kari; Schei, Berit & Salvesen, Kjell Åsmund. 2003, *Pelvic Floor Muscle Training During Pregnancy to Prevent Urinary Incontinence: A Single-Blind Randomized Controlled Trial*, I: Obstet Gynecol 2003;101:313-319, Elsevier. Hämtad 15.9.2010. Tillgänglig:

Tillgänglig:

http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2003/02000/Pelvic_Floor_Muscle_Training_During_Pregnancy_to.18.aspx

Perry, Sarah; Shaw, Christine; Assassa, Philip; Dallosso, Helen; Williams, Kate; Brittain, Katherine R.; Mensah, Fiona; Smith, Nigel; Clarke, Michael, Jagger, Carol; Mayne, Christopher; Castleden, C. Mark; Jones, Jeremy; McGrother, Catherine & the Leicestershire MRC Incontinence Study Team. 2000, *An epidemiological study to establish the prevalence of urinary symptoms and felt need in the community: the Leicestershire MRC Incontinence Study*, I: Journal of Public Health Medicine Vol. 22, No. 3, s. 427-434. Hämtad 15.4.2011. Tillgänglig:

<http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/22/3/427.full.pdf+html>

Sand, Olav; Sjaastad, Øystein V.; Haug, Egil; Bjålie, Jan G. 2007, *Människokroppen*, Stockholm: Liber AB, 544 s.

Valpas, Antti. 2005, *Evaluation of Laparoscopic Colposuspension and the Tension-Free Vaginal Tape Procedure in the Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence*. Uleåborg: Oulu University Press, 88s. Hämtad 29.3.2011. Tillgänglig: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514278275/isbn9514278275.pdf>

Weström, Lars; Åberg, Anders; Andersson, Ulla-Britt & Jönsson, Eva. 1997, *Obstetrik och gynekologi*, 2 uppl., Lund: Studentlitteratur, 342 s.

Wilson, P. D.; Bø, K.; Hay-Smith, J; Nygaard, I.; Statskin, D.; Wyman, J. & Bourcier, A. 2002, *Conservative Treatment in Women*. I: Abrams, Paul; Cardozo, Lynda; Khoury, Saad & Wein, Alan. 2002, *Incontinence*. 2 uppl. Hämtad 19.10.2010. Tillgänglig: http://www.icsoffice.org/Publications/ICI_2/MENUS/MAIN.PDF

BILAGOR

Följebrev till intervjun (svenska)

Bilaga 1

Inbjudan att medverka i en intervju

Bästa hälsovårdare,

Jag studerar fysioterapi på Arcada för sista året och jag håller på att skriva mitt examensarbete vars målgrupp är hälsovårdare som arbetar inom mödrarådgivningen. Examensarbetets rubrik är Mamman i vårdkedjan.

Graviditet och vaginal födsel ökar risken för urininkontinens och andra problem i bäckenbotten. Enligt nationella Gångse vård-rekommendationen (Naisten virtsankarkailun hoito) är bäckenbottenmuskelträning en effektiv vård efter förlossning och den bör också vara en del av rådgivningsarbetet.

Syftet med mitt arbete är att kartlägga hälsovårdarnas kunskap och beredskap att ta hand om klienternas funktionsstörningar i bäckenbottenmuskulaturen. Jag reder ut hälsovårdarnas åsikter, erfarenheter och eventuellt kunskapsbehov inom detta ämne. Handleddande lärare är Hannele Sievers. Undersökningen görs i samarbete mellan yrkeshögskolan Arcada och FysioSporttis som erbjuder fysioterapiservice. Vår undersökning har beviljats forskningslov av Arcadas etiska råd.

Du har valts ut att delta i denna intervju. Deltagande är naturligtvis helt frivilligt och du har när som helst rätt att avbryta intervjun utan att behöva nämna någon orsak. I det färdiga arbetet kommer jag att infoga citat från de olika intervjuerna, men det kommer inte någonstans stå namn på de som deltagit eller andra uppgifter som kunde knytas samman med de intervjuade. Din anonymitet garanteras.

Tack för ditt medverkande!

Helsingfors 11.02.2011

Fysioterapistuderande Monika Lövsund monika.lovsund@arcada.fi

Lektor i fysioterapi Hannele Sievers hannele.sievers@arcada.fi



Kutsu osallistua haastatteluun

Hyvä terveydenhoitaja,

Olen viimeisen vuoden fysioterapiaopiskelija ja kirjoitan tällä hetkellä opinnäytetyötäni, jonka kohderyhmänä ovat terveydenhoitajat, jotka työskentelevät äitiysneuvoloissa. Opinnäytetyön nimike on Äiti hoitoketjussa.

Raskaus ja alatiesynnytys lisäävät virtsainkontinenssin riskiä. Valtakunnallisen Käypä hoito -suosituksen (Naisten virtsankarkailun hoito) mukaan lantionpohjan lihaksiston harjoittelu on vaikuttava hoito synnytyksen jälkeen ja sen tulisi olla osa neuvolatoimintaa.

Työni tarkoitus on kartoittaa terveydenhoitajien tietoa ja valmiutta käsitellä, hoitaa tai ehkäistä asiakkaiden lantionpohjan lihaksiston toimintahäiriöt. Selvitän terveydenhoitajien mielipiteet, kokemukset ja mahdollisen tietotarpeen aiheeseen liittyen. Opettajaohjaajana toimii Hannele Sievers. Tutkimus toteutetaan yhteistyössä Ammattikorkeakoulu Arcadan ja fysioterapiapalveluita tuottavan FysioSportiksen kanssa. Tutkimuksellemme on myönnetty lupa Arcadan eettiseltä lautakunnalta.

Sinut on valittu osallistumaan tähän haastatteluun. Osallistuminen on luonnollisesti vapaaehtoista ja sinulla on oikeus milloin tahansa keskeyttää haastattelua esittämättä syytä keskeyttämiseen. Liitän opinnäytetyöhön lainauksia haastatteluista, mutta jätän osallistujien nimet ja tiedot kokonaan pois. Nimettömyytesi taataan.

Kiitos osallistumisestasi!

Helsinki 11.02.2011

Fysioterapiaopiskelija Monika Lövsund monika.lovsund@arcada.fi

Fysioterapian lehtori Hannele Sievers hannele.sievers@arcada.fi

Intervjuguide

Arbetet

- Berätta om ditt arbete
- Hur länge har du arbetat som hälsovårdare
- Hurdana erfarenheter har du av att jobba med gravida och nyblivna mammor
- Hur upplever du din arbetsbörda

Patienter med problem som rör bäckenbottenmuskulaturen

- Har du som rutin att berätta för alla väntande mammor om problem som kan uppstå i bbm under graviditet och förlossning
- Hur kommer sådana problem fram på rådgivningsbesöken, vem tar upp ämnet först
- Vilken typ av vård erbjuder du när ett bbm-problem kommer fram
- Har du någon gång föreslagit fysioterapi
- Brukar du följa upp resultaten
- Finns det särskilda riktlinjer för dessa frågor på din arbetsplats

Kunskaper om bäckenbottenmuskulaturens funktion

- Berätta om din utbildning, anser du att du fick du tillräckligt med kunskap om detta ämne
- Har du gått någon tilläggsutbildning som berör detta ämne

Vårdkedjan

- Hur upplever du samarbete med / kontakt till andra yrkesgrupper (t.ex. läkare, fysioterapeuter, barnmorskor)
- Vilken är din uppfattning om mammans situation i denna kedja
- Har du förslag på förbättringar eller utvecklingsförslag till egna arbetet / andra yrkesgruppers insats

Avslutning

- Vill du ännu ta upp något som du tycker att vi har missat i det här sammanhanget

Mamman i vårdkedjan–undersökningens frågeformulär

1. Din ålder

____ år

2. Hur många år har du arbetat som hälsovårdare?

____ år

3. Hur många år har du arbetat på mödravårdscentral?

____ år

4. Hur bedömer du din kunskap om bäckenbottenmuskulaturens funktion vara?

- ☐ mycket dålig
- ☐ dålig
- ☐ varken bra eller dålig
- ☐ bra
- ☐ mycket bra

5. Jag har fått tillräckligt med kunskap om bäckenbottenmuskulaturens betydelse för gravida/nyblivna mammor från min utbildning.

- ☐ Helt av samma åsikt
- ☐ av samma åsikt
- ☐ varken av samma eller annan åsikt
- ☐ av annan åsikt
- ☐ helt av annan åsikt

6. Har du skaffat tilläggsutbildning som berör bäckenbottens muskler/träning?

- ☐ Nej
- ☐ Ja, varifrån _____

7. Berättar du om förändringar i bäckenbottenmuskulaturen som uppstår till följd av graviditet/förlossning för klienterna på mödravårdscentralen?

- ☐ ja, jag berättar om detta för varje klient
- ☐ ja, om klienten själv tar upp ämnet

Bilaga 4/2(2)

- ☐ nej
- ☐ annat, vad _____

8. Hur ofta frågar klienterna av dig om det som nämns i fråga 7?

- ☐ ofta
- ☐ ibland
- ☐ sällan
- ☐ svårt att säga

9. Hur strävar du efter att hjälpa en klient om hon har t.ex. smärtor i underlivet eller symptom på urininkontinens? Du kan välja flera alternativ.

- ☐ Jag handleder själv bäckenbottenvård
- ☐ Jag delar ut en broschyr om bäckenbottnens funktion och träning eller motsvarande
- ☐ Jag rekommenderar besök hos läkare
- ☐ Jag rekommenderar fysioterapi
- ☐ Jag rekommenderar gympagrupp
- ☐ Annat, vad _____

10. Följer du upp resultaten på vården av klienterna som nämns i fråga 9?

- ☐ Nej
- ☐ Ja, per telefon
- ☐ Ja, jag frågar på nästa besök
- ☐ Annat, vad _____

11. Hur skulle du utveckla ditt arbete så att klienten skulle få bästa möjliga vård:

12. Kommentarer och / eller förslag:

Tack för ditt deltagande!